

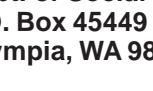
이 신청서는 의료보험 수혜를 위한 신청서입니다.
다른 혜택(예: 기본식품을 신청하길 원하시면 1-877-KIDS-NOW로 연락하십시오).

! ?

가장 최근의 것으로 지난 30일 간 소득에 대한 충족여부를 첨부하셨습니까?
신청서에 서명한 자녀를 신청할 자녀(들)가 미시민(미국인)이나
외국인이나 미국인이나 헤리티지(영사선과), 실험실 등을 의료 혜택으로
받을 수 있습니까? 예 아니오

! ?

가장 최근의 것으로 지난 30일 간 소득에 대한 충족여부를 첨부하셨습니까?
신청서에 서명한 자녀를 신청할 자녀(들)가 미시민(미국인)이나
외국인이나 미국인이나 헤리티지(영사선과), 실험실 등을 의료 혜택으로
받을 수 있습니까? 예 아니오

| 소득 총소득을 기재하십시오.(세금 혹은 비용 공제 전) | | (지난 30일간 소득에 대한 증빙 서류를 첨부하십시오) | | |
|--|--|---|---|-------------|
| 11 부/모의 직장명과 전화번호 () | | 기타 가족 구성원의 소득 | 지난 30일간의 수령 금액 | 이 소득의 주인 |
| 12 지난 30일간의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? \$ | | 15 자녀 양육비 | \$ | |
| 13 배우자 혹은 상기에 기재하지 않은 부/모(동거할 경우)의 직장명과 전화번호 () | | 16 별거수당 | \$ | |
| 14 지난 30일간의 배우자(혹은 자택에 살고 있는 부/모)의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? \$ | | 17 사회보장금 | \$ | |
| *신청자나 신청자의 배우자(자택에 살고 있는 한 폭 부/모)가 자영업을 하고 있을 경우, 기타 종업금이 받을 수 있습니다. 더 자세한 내용이나 신청서 작성에 도움이 필요하시면 1-877-KIDS-NOW로 전화하십시오. | | | | |
| 24 의료혜택을 신청하는 아동에 대해 지난 3개월간의 일련 의료비가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> | | | | |
| '예'일 경우, 당국이 검토해 주길 원하는 달들(months)에 대해 가족 전 구성원의 소득 명세서 사본을 송부해 주십시오. | | | | |
| 의료보험 정보 자녀(들)에게 이미 다른 의료보험에 있을 경우 기재하십시오. | | | | |
| 25 신청 아동 중에 다른 의료보험을 갖고 있는 자녀가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> | 25 '예'면 해당 의료보험으로 의사, 병원, x 레이(방사선과), 실험실 등을 의료 혜택으로 받을 수 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> | 26 귀자는 지난 4개월 내에 직장의료보험으로 의료 혜택을 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> | 26 '예'일 경우, 부양 가족에 대한 월보험이 50달러 미만 이었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> | |
| 27 위의 질문 중에서 '예'라고 답한 항목(25 a, b 혹은 26 a, b)이 있으면 아동이 이용하는 해당 의료보험이나 아동의 의료보험을 제공하는 직장명(고용주)을 기재하십시오. | | | | |
| 의료보험 회사 혹은 고용주 | 의료보험 약관 번호 | 의료보험 가입자명 | 의료보험 가입자의 소셜시큐리티 번호 (공개 의무는 없음) | |
| | | | | |
| 아동의 인종/민족 배경 (정보 제공 의무는 없음) | | | | |
| 문제가 되지 않으시면 자진해서 귀자녀의 인종 혹은 민족 배경을 알려 주시길 부탁드립니다. 이 정보는 의료 혜택 자격 여부 마약에 사용되지는 않습니다. | <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 혹은 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 촉인 혹은 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스페닉 혹은 라틴어 계 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 혹은 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ <small>보건사회부에서 관할하는 모든 프로그램과 활동에 차별대우는 금지되어 있습니다. 아무도 해당국의 인종, 민족, 신념, 정치적 신념, 국적, 종교, 성별 혹은 정부에 여부로 인해 아동 프로그램과 활동에 차별되는 행위를 하여서는 안됩니다.</small> | | | |
| 주의해석 읽은 후 서명 하십시오 | | | | |
| 이 신청서는 아동 의료혜택 신청서입니다. 가족 구성원 중에서 보조금, 기본식품 혹은 기타 혜택을 이미 받고 있거나 신청하길 원하는 사람은 지역의 보건부(DHSS) 사무처(CSO)로 연락하십시오. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 귀하에게 자격이 있을 경우, DHSS에서는 제공된 정보에 대한 입증 서류를 요구할 수 있습니다. 입증서류 입수에 대한 도움은 DHSS로 문의하십시오. ■ 귀하에 대한 정보는 다른 주나 연방 기관에서 검토할 수 있습니다. 이 정보는 어떤 귀화국(INS)에 공개되지는 않습니다. ■ 의료혜택을 신청하고 가입될 경우, 모든 의료기관 및 제 3자 의료비 지불 등에 대한 귀하의 권리와 책임을 워싱턴 주정부에게 양도함을 의미합니다. ■ DHSS에서는 귀자녀의 예방접종 기록부를 Child Profile Immunization Tracking System(아동 예방접종 추적 확인 제도)에 공개할 수 있습니다. | | | | |
| 신청서와 서명 본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽었으며 이를 이해하였습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 바로는 진실하며, 정확하게 작성되었음을 선언합니다. | | 신청자의 서명 X _____ 날짜 _____ | | |
| 신청서 제출 방법 | | | | |
| 우편: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449 | 전화: 도움이 필요하거나 질문이 있으시면 아래로 전화하십시오. 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669) |   | | |

저-비용 혹은 무료 의료보험 워싱턴 주의 아동 혹은 십대용



1-877-KIDS-NOW

무료전화 (1-877-543-7669)

월요일에서 금요일(오전 8시~오후 5시)까지 대기하고 있는 교환수의 도움을 받으시거나 지금 신청서를 우편으로 부치십시오!
또한 저희 웹사이트 <http://healthykidsnow.net/>를 방문하여 정보를 입수하십시오.
워싱턴주 보건사회부 DSHS 22-394(x) KO (Rev. 4/04)



